Ateneo Argentino de Odontología
Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD FAVALORO

CAMPUS VIRTUAL

ETAPAS DEL TRATAMIENTO FINAL

V. ARESCA.

http://campus.ateneo-odontologia.org.ar

El siguiente material es de propiedad de el/los docente/s. Se permite exclusivamente el uso por parte de los cursantes para el estudio de la materia.

DIAGNOSTICO, PLANIFICACION Y ETAPAS DE TRATAMIENTO
2da. Parte (Caso Clínico)

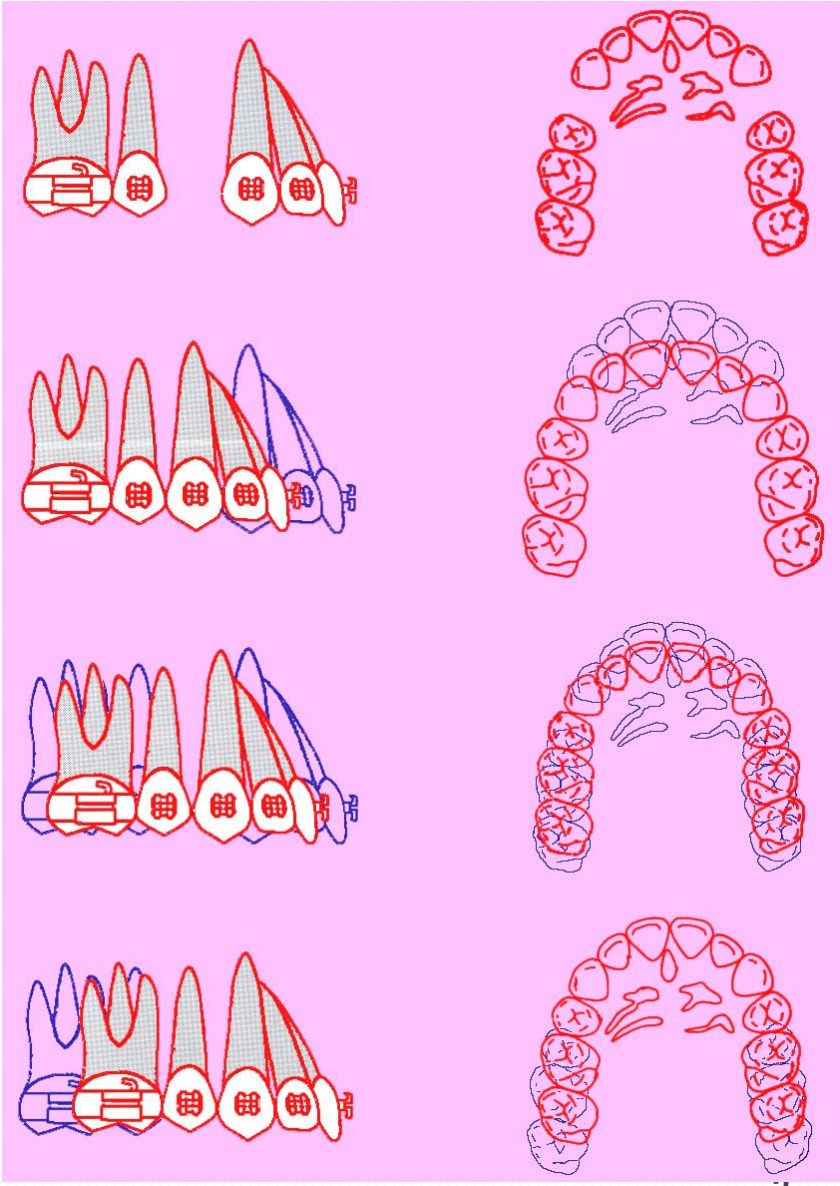
FASES PRINCIPALES EN EL TRATAMIENTO ORTODONCICO

- **PRIMERA FASE:** ALINEACION Y NIVELACION

- **SEGUNDA FASE:** FASE DE TRATAMIENTO PROPIAMENTE DICHA
  (logro de objetivos)

- **TERCERA FASE:** FINALIZACION Y CONTENCION

PREVIO A LA ALINEACION Y NIVELACION ES MUY IMPORTANTE DEFINIR EL ANCLAJE



CIERRE DE ESPACIOS CON RETRACCIÓN ANTERIOR

CIERRE DE ESPACIOS CON RETRACCION ANTERIOR
Y PROTRACCIÓN POSTERIOR

CIERRE DE ESPACIOS CON PROTRACCIÓN POSTERIOR

LA MECANOTERAPIA SÓLO DEBE COMENZAR UNA VEZ QUE SE HAYA HECHO EL DIAGNÓSTICO Y ELABORADO UN PLAN DE TRATA-MIENTO CON OBJETIVOS CLAROS PARA CADA ETAPA

PRIMERA FASE: ALINEACION Y NIVELACION

ALINEAR Y NIVELAR

↓

DESPLAZAR LAS PIEZAS DENTARIAS INCORRECTAMENTE ALINEADAS HASTA EL ARCO DENTAL (EN SENTIDO ANTEROPOSTERIOR Y VERTICAL)

EN TÉRMINOS GENERALES DURA DE 4 A 6 SEMANAS

PRIMERA FASE

Tiene como objetivos el alineamiento de las arcadas, la corrección de rotaciones y el inicio del anclaje, como así también solucionar los problemas transversales:

- Corrección transversal
- Control del anclaje.
- Alineación y nivelación

LOS MOVIMIENTOS REALIZADOS EN ESTA FASE CON LA SECUENCIA DE ARCOS REDONDOS, SON BÁSICAMENTE INCLINACIONES, EXTRUSIONES, INTRUSIONES Y ROTACIONES. ESTOS MOVIMIENTOS DEMANDAN FUERZAS MENORES.

PRINCIPIOS EN LA ELECCION DE LOS ARCOS DE NIVELACION

- ❖Deben suministrar fuerzas ligeras y constantes, evitándose fuerzas intensas
- ❖Deben moverse libremente dentro de los bracketts quedando un margen de 2 a 4 milesimas entre arco y slot
- ❖Se evitarán los arcos rectangulares que podrán alterar la posición del ápice radicular en la alineación inicial. Lo ideal es desplazar las coronas y no los ápices
- ❖ Se prefieren arcos redondos
- ❖Deben combinar gran resistencia, gran elasticidad y gran rango de acción.
- ❖Es preferible comenzar por el alambre de menor diámetro y por lo de > elasticidad
- ❖Material de elección: acero inoxidable y nitinol

PRIMERA FASE

UNA VEZ CUMPLIDOS ESTOS OBJETIVOS, SE PASA A LA SEGUNDA FASE LLAMADA TAMBIÉN FASE DE TRABAJO

SEGUNDA FASE

EL OBJETIVO EN ESTA FASE ES EL MOVIMIENTO DE GRUPOS DENTARIOS EN SENTIDO VERTICAL Y O SAGITAL QUE SE REALIZA CON ARCOS RECTANGULARES, INCORPORANDO EL CONTROL DE TORQUE RADICULAR.

SEGUNDA FASE

SE INICIARA CON ARCOS CUADRADOS O RECTANGULARES FLEXIBLES QUE NIVELAN EN PRIMER TERMINO LAS RANURAS DE LOS INCISIVOS, LUEGO UNA SECUENCIA DE ARCOS MAS PESADOS QUE CUMPLAN ESTE OBJETIVO EN LOS SECTORES LATERALES, Y POR ULTIMO EN LOS POSTERIORES

SEGUNDA FASE

- LOS OBJETIVOS DEBERAN OBTENERSE EN ESTA FASE SON:

❖En caso de extracciones, el cierre completo de los espacios.

❖Centrado de línea media dentaria superior e inferior y coincidencia de ambas.

❖Clase I canina

❖Clase molar I o II según la planificación del caso

❖Correcto Overbite y Overjet.

SEGUNDA FASE

- CIERRE DE ESPACIOS DE EXTRACCION

  - ❖Retrusión anterior.
  - ❖Mesializacion posterior.
  - ❖Ambos movimientos

TENER EN CUENTA EL ANCLAJE PREPARADO EN LA ETAPA ANTERIOR

SEGUNDA FASE: TRABAJO PROPIAMENTE DICHO (LOGRO DE OBJETIVOS)

- Corrección de problemas de discrepancia diente-hueso
- Corrección de maloclusiones en los tres sentidos del espacio.
- Corrección de alteraciones de erupción dentaria , etc

TIEMPO DE TRATAMIENTO: DEPENDE DE LA MALOCLUSIÓN

TERCERA FASE

FINALIZACION Y CONTENCION

EL OBJETIVO EN ESTA FASE CONSISTE EN EL ASENTAMIENTO DE LA OCLUSIÓN Y FINALIZACIÓN DEL CASO.

TERCERA FASE: FINALIZACION Y CONTENCION

- Torque incisivo.
- Correcta interdigitacion vertical
- Cierre de pequeños espacios

CONTENCION

Etapa del tratamiento ortodóncico que persigue asegurar con medios apropiados el mantenimiento de los resultados obtenidos durante la fase terapéutica activa, con la finalidad de impedir la recurrencia o recidiva de la maloclusión.

OBJETIVOS

- LOGRAR LA ORGANIZACIÓN TISULAR Y ANATÓMICA QUE CONSISTE EN DAR A LOS DIFERENTES TEJIDOS, Y EN ESPECIAL AL ÓSEO, EL TIEMPO NECESARIO PARA QUE SE ORGANICEN Y ADECUEN A LAS TRANSFOR-MACIONES SUFRIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO.
- ASEGURAR Y MANTENER EL EQUILIBRIO FUNCIONAL

CONTENCION

Las causas mas frecuentes de recidivas son:

- Incorrecto cierre de espacios.
- Insuficiente corrección de las rotaciones.
- Falta de paralelismo radicular
- Incorrecta metodología de contención.
- Influencia de los cambios producidos por el crecimiento.
- Persistencia de hábitos o mala función muscular.
- Discrepancias esqueletales limitantes que no me permiten finalizar el tratamiento dentro de los parámetros clínicos y cefalométricos que aseguren estabilidad.

CONTENCION

Para comprender el tema de la contención tenemos que entender el concepto de estabilidad.
Hay dos tipos de estabilidad

- Estabilidad dentaria

(un diente esta estabilizado cuando mantiene su posición en los tres sentidos del espacio)

- Estabilidad ortopédica mandibular.

(coincidencia de Relación Céntrica RC con la posición de máxima intercuspidación MIC**)**

CONTENCION

CLASIFICACION

- De acuerdo a la aparatología
  - removible
  - fija
- De acuerdo a la duración de uso
  - temporaria
  - permanente

CRITERIOS DE FINALIZACION DE TRATAMIENTO

- Relación interarquial congruente con contactos simétricos y bilaterales especialmente en máxima intercuspal.
- Relación canina contactante preferentemente en clase I.
- Mantenimiento del ancho canino mandibular.
- Angulo interincisal correcto establecido por el torque y la angulación de los incisivos.
- Overjet y overbite normal y a veces algo mayor para contemplar un posible sobrecrecimiento alveolar.
- Nivelar apropiadamente los arcos del maxilar superior e inferior (curvas de oclusión)
- Corregir todas las rotaciones.
- Paralelización de raíces.

BASE DE DATOS

- Interrogatorio al paciente
- Exploracion clinica
- Valoracion de los registros de diagnostico

INTERROGATORIO

- Problema principal
- Historia clínica y dental completa
- Valoración del crecimiento físico
- Valoración social y conductista

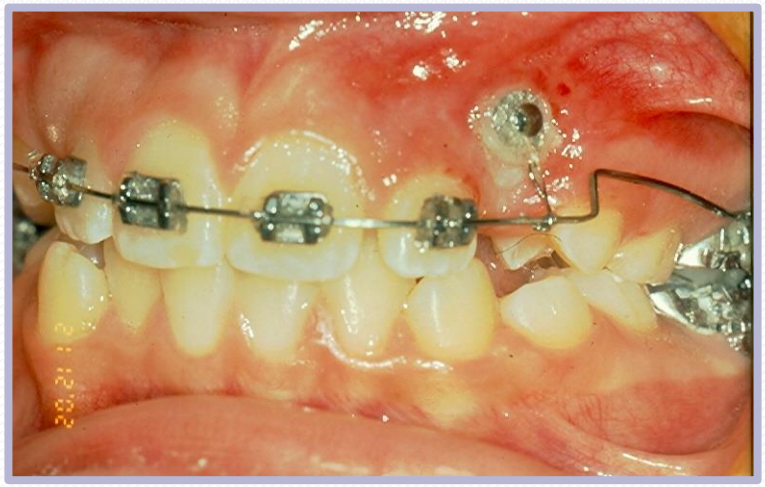
EXPLORACION CLINICA

- Valoración de la estética facial
- Valoración de la salud bucal
- Valoración de la función maxilar y oclusal

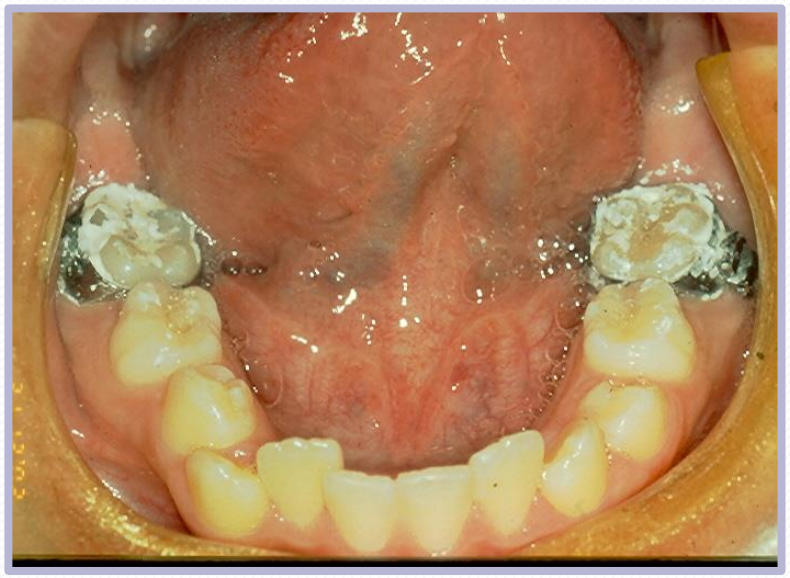
EXPLORACION CLINICA

Proporciones

EXPLORACION CLINICA



EXPLORACION CLINICA



DIAGNOSTICO CLINICO

- Disrelación diente-hueso superior e inferior.
- Falta de espacio para ubicar los caninos superiores e inferiores.
- Inclinación distal del 12 y 22.
- Apiñamiento anteroinferior.
- Sectores laterales en etapa de recambio.
- Molares en clase II.

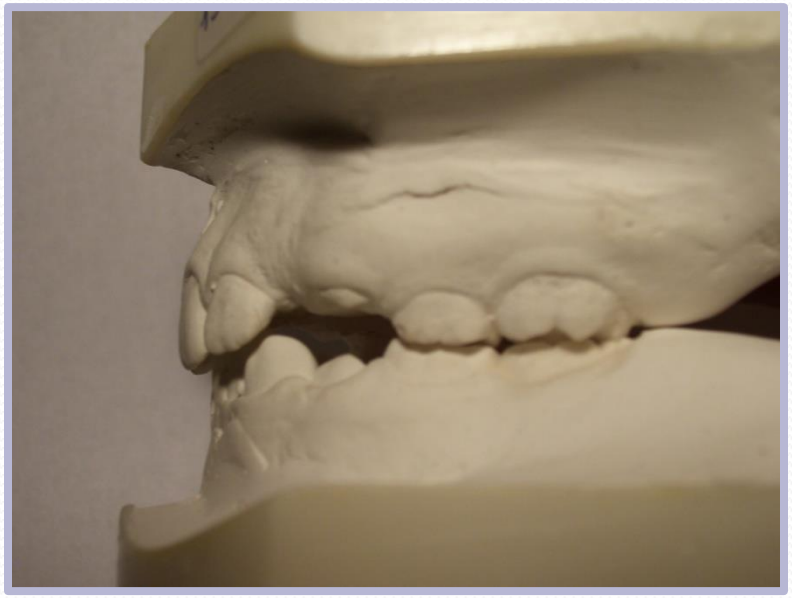
VALORACION DE LOS REGISTROS DE DIAGNOSTICO

Se clasifican en tres categorías fundamentales

- Registros para valorar los dientes y estructuras bucales.
- Registros para valorar la oclusión.
- Registros para valorar las proporciones faciales y maxilares.

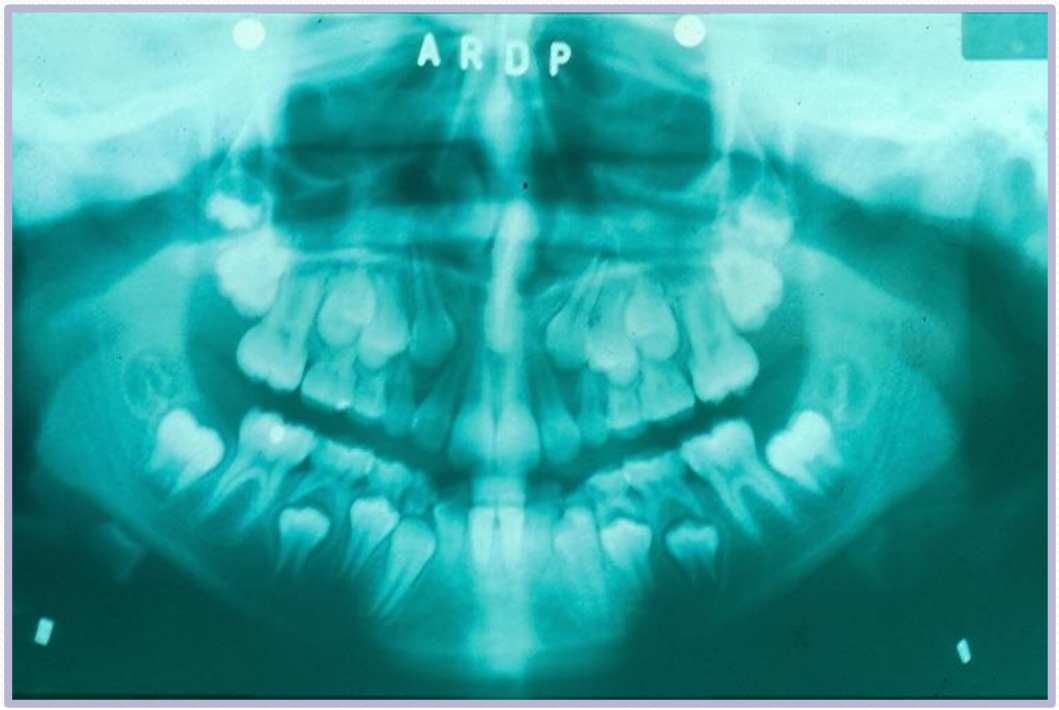
REGISTROS DE DIAGNOSTICO

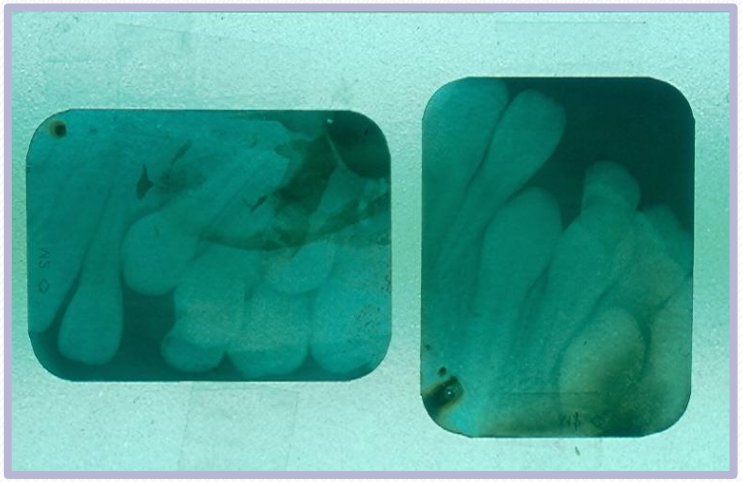
REGISTROS DE DIAGNOSTICO



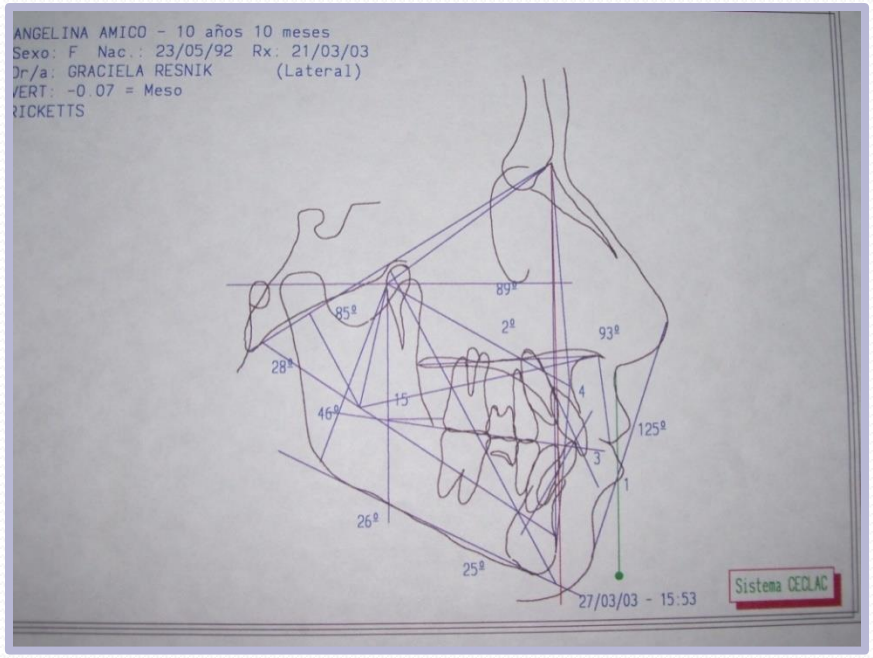
REGISTROS DE DIAGNOSTICO

REGISTROS DE DIAGNOSTICO





REGISTROS DE DIAGNOSTICO



REGISTROS DE DIAGNOSTICO

AMICO ANGELINA	
PROBLEMA DENTARIO:	
Relación molar:	-O,60 Clase II
Relación canina:	No resuelta por falta de estructura.
Resalte incisivo:	+2,97 normal.
Sobremordida:	+3,20 levemente aumentada.
Extrusión incisivo inferir:	Normal
Angulo interincisivo:	124 disminuido (biprotrusion)
PROBLEMA ESQUELETAL:	
Convexidad:	+4.47 aumentada.
Altura Facial Inferior:	+46 normal
PROBLEMA OSEO DENTARIO	
Posición del incisivo inferior:	+2.56 protruidos
Posición del incisivo superior:	+5.36 protruidos
Inclinación del incisivo inferior:	25º volcados
Inclinación del incisivo superior:	29º volcados
PROBLEMA DETERMINANTE.	
Profundidad facial:	89º aumentada anteposición
Profundidad maxilar:	93º aumentada anteposición
Altura maxilar:	66º retroinclinación
Tamaño mandibular:	Disminuido

CONCLUSIONES CEFALOMETRICAS

- Distoclusión .
- Maxilar superior en anteposición y retroinclinación.
- Maxilar inferior disminuido de tamaño y en anteposición.
- Incisivos superiores protruidos e inclinados.
- Incisivos inferiores protruidos e inclinados.
- Leve biprotrusión esqueletal y dentaria.

DIAGNOSTICO FINAL CLINICO Y CEFALOMETRICO

- Paciente distoclusión con leve biprotrusión esqueletal y dentaria.
- Comportamiento rotacional paralelo.
- Discrepancia hueso-diente superior e inferior.
- Canino superior izquierdo impactado.
- Molares en clase II.
- Sectores laterales en recambio.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

ESTETICOS

- Alineamiento dentario superior e inferior.
- Estética en la sonrisa.

FUNCIONALES

- Resolver la discrepancia diente-hueso
- Supervisar el espacio de deriva de los sectores laterales.
- Erupción activa del 23.
- Correcto overjet y overbite.
- Correctas llaves caninas.
- Estabilidad de los resultados.

PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

Establecer los objetivos generales del tratamiento
Facial
Esquelético
Dental
Funcional

↓

Explorar las opciones generales de tratamiento
Quirúrgica vs no quirúrgica
Extracción vs no extracción

↓

Definir los objetivos específicos del tratamiento
Definir desplazamientos dentales
Definir desplazamientos esqueléticos

↓

Secuencia del tratamiento
Mecánica del tratamiento

↓

Evaluar el progreso del tratamiento

PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

¿SE DEBE COMENZAR SIEMPRE POR ALINEACION Y NIVELACION?

PLAN DE TRATAMIENTO

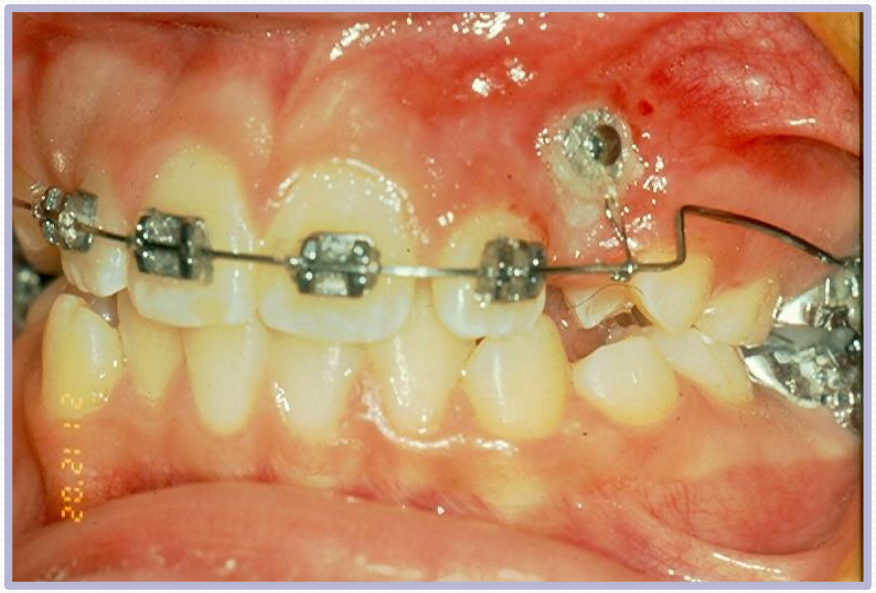
- Se colocara un arco base extendido hasta el 23 para su erupción activa.
- Anclaje moderado supervisando el espacio de deriva para conseguir espacio para el recambio dentario.
- No se planean extracciones.
- No se protruirá para no alterar el perfil ni la estabilidad de los incisivos.
- Liberación quirúrgica del 23.
- Erupción activa del 23

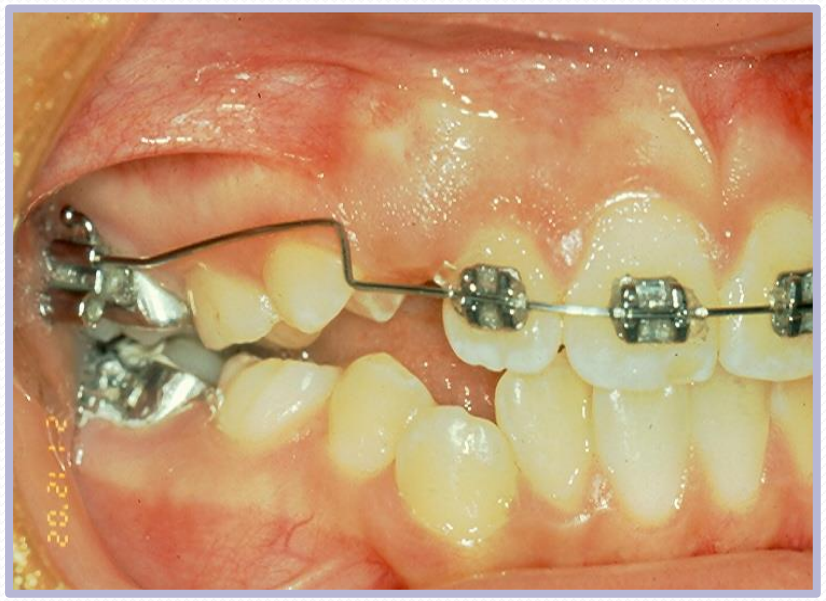
MECANOTERAPIA

- Solo debe comenzar una vez que se haya hecho el diagnostico y plan de tratamiento con objetivos claros para cada etapa.

MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA

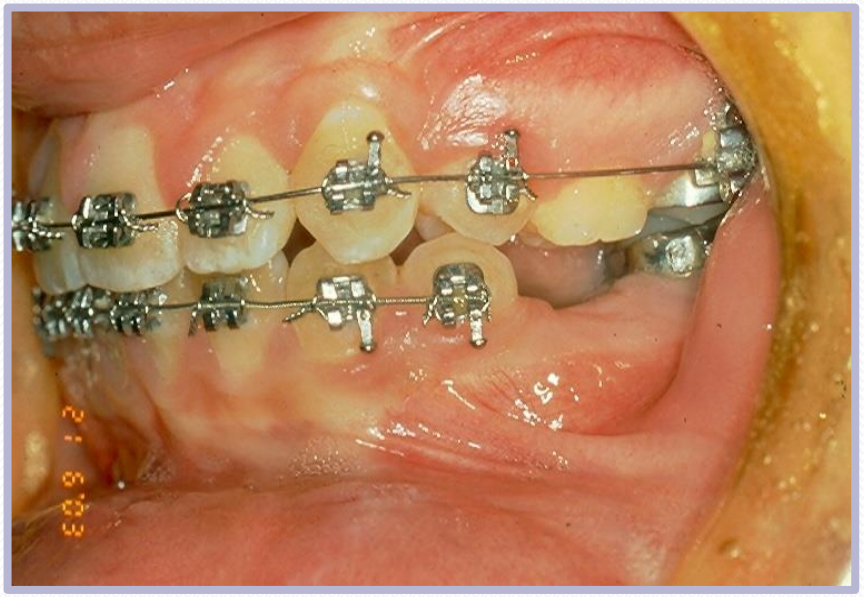




MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA

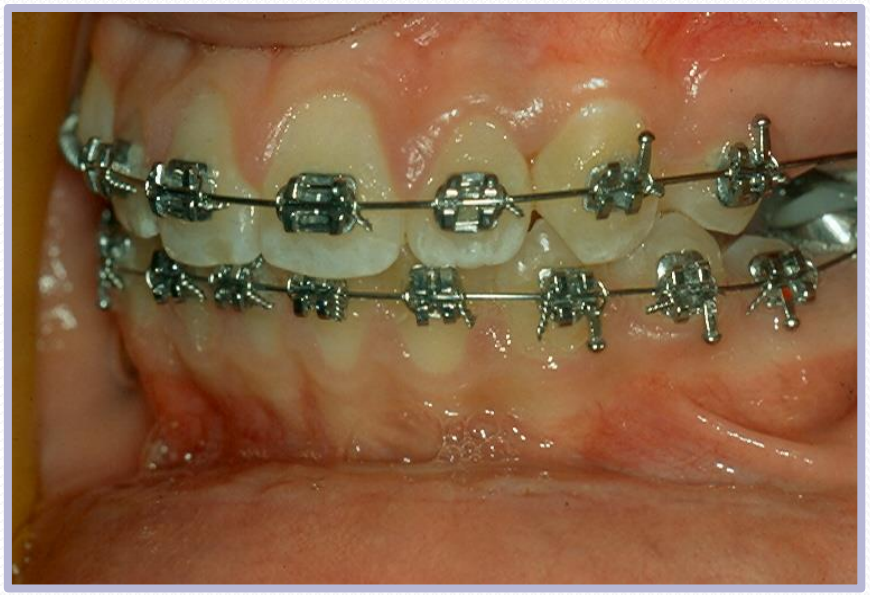
MECANOTERAPIA



MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA



MECANOTERAPIA

Criterios de Finalización del Tratamiento

- Relación interarquial congruente con contactos simétricos y bilaterales especialmente en máxima intercuspal.
- Relación canina contactante preferentemente en clase I.
- Mantenimiento del ancho canino mandibular.
- Angulo interincisal correcto establecido por el torque y la angulación de los incisivos.
- Overjet y overbite normal y a veces algo mayor para contemplar un posible sobrecrecimiento alveolar.
- Nivelar apropiadamente los arcos del maxilar superior e inferior (curvas de oclusión)
- Corregir todas las rotaciones.
- Paralelización de raíces.

MECANOTERAPIA

Se logró una relación interarquial congruente con contactos simétricos y bilaterales especialmente en máxima intercuspal.

Se corrigieron todas las Rotaciones.

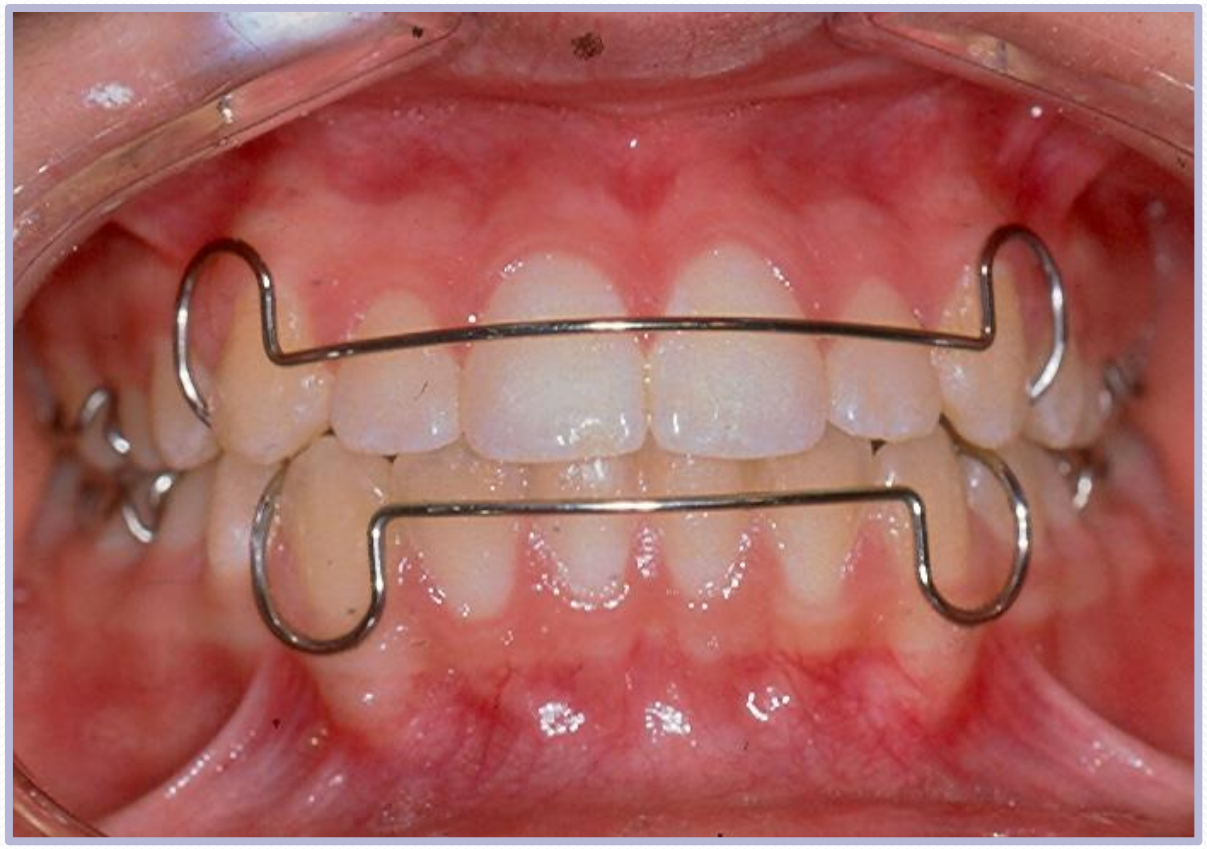
Se mantuvo el ancho canino mandibular.

Se nivelaron apropiadamente los arcos del maxilar superior e inferior (curvas de oclusión)

MECANOTERAPIA

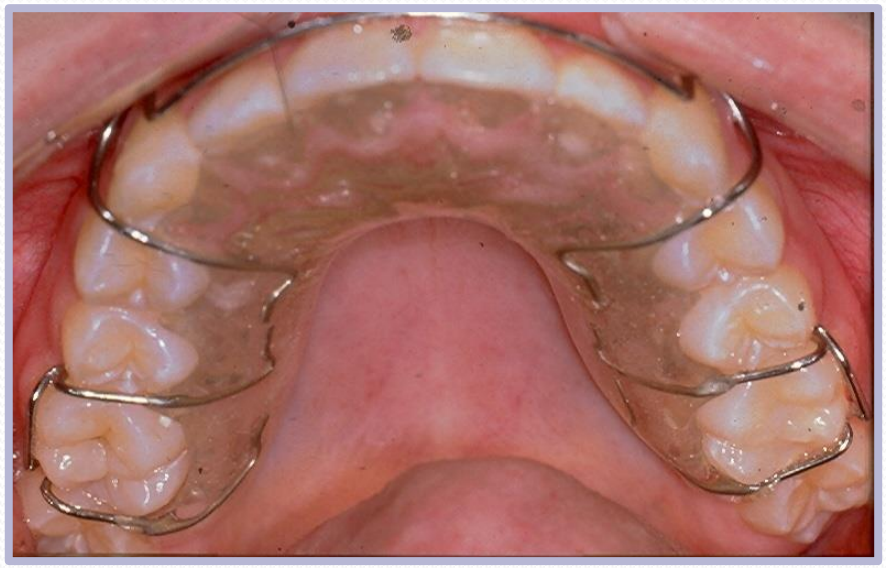
- Relación canina contactante preferentemente en clase I.
- Angulo interincisal correcto establecido por el torque y la angulación de los incisivos.
- Overjet y overbite normal y a veces algo mayor para contemplar un posible sobrecrecimiento alveolar.

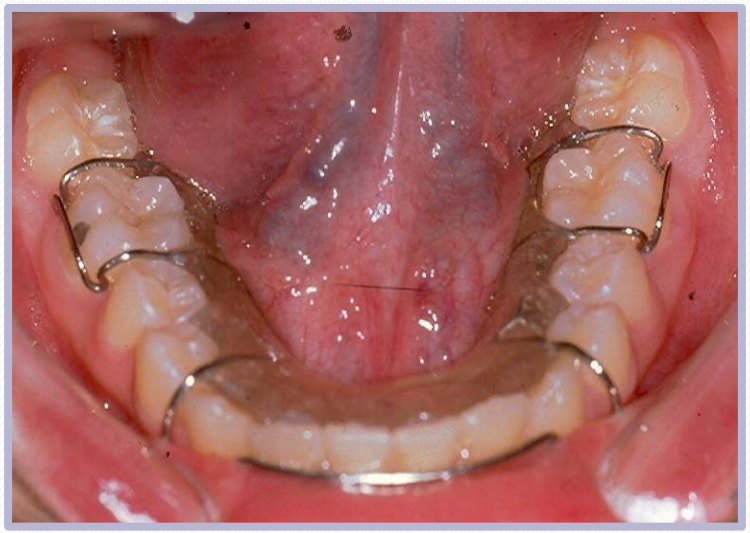
MECANOTERAPIA

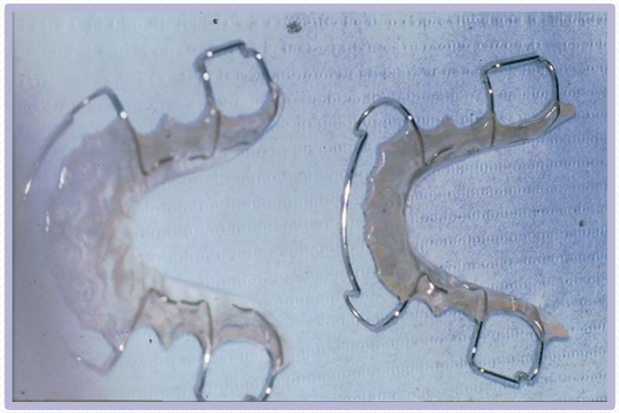


MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA



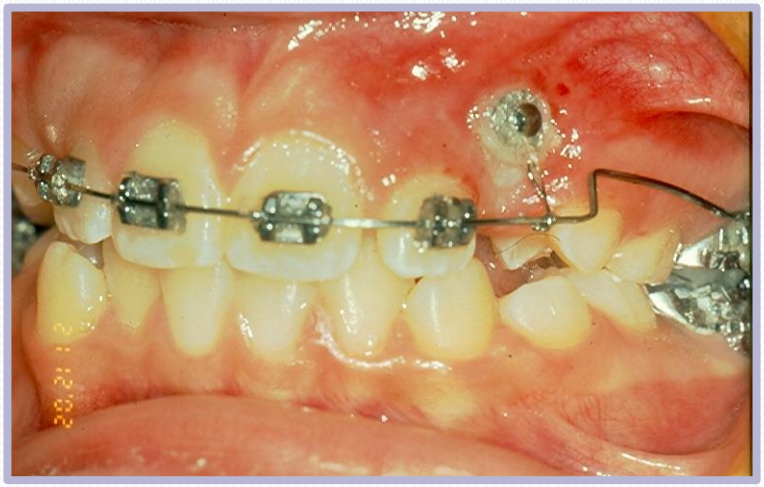




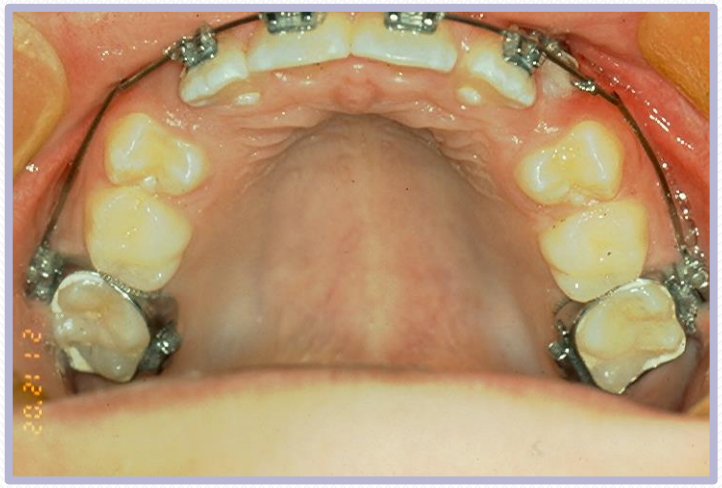
MECANOTERAPIA

MECANOTERAPIA

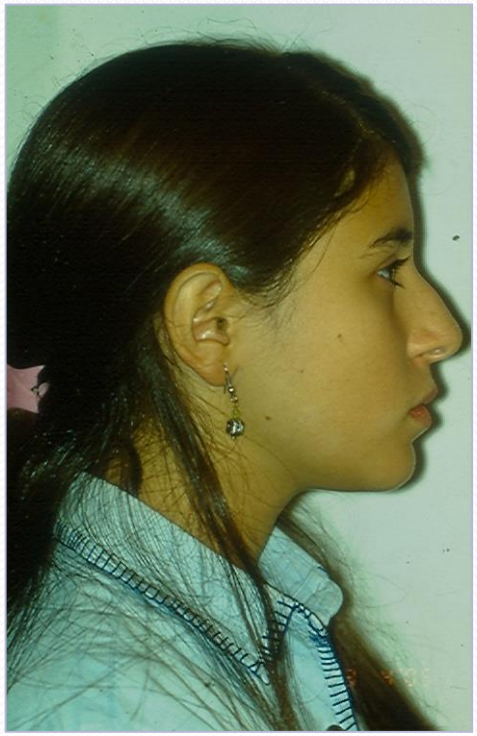
MECANOTERAPIA



MECANOTERAPIA



MECANOTERAPIA



MECANOTERAPIA

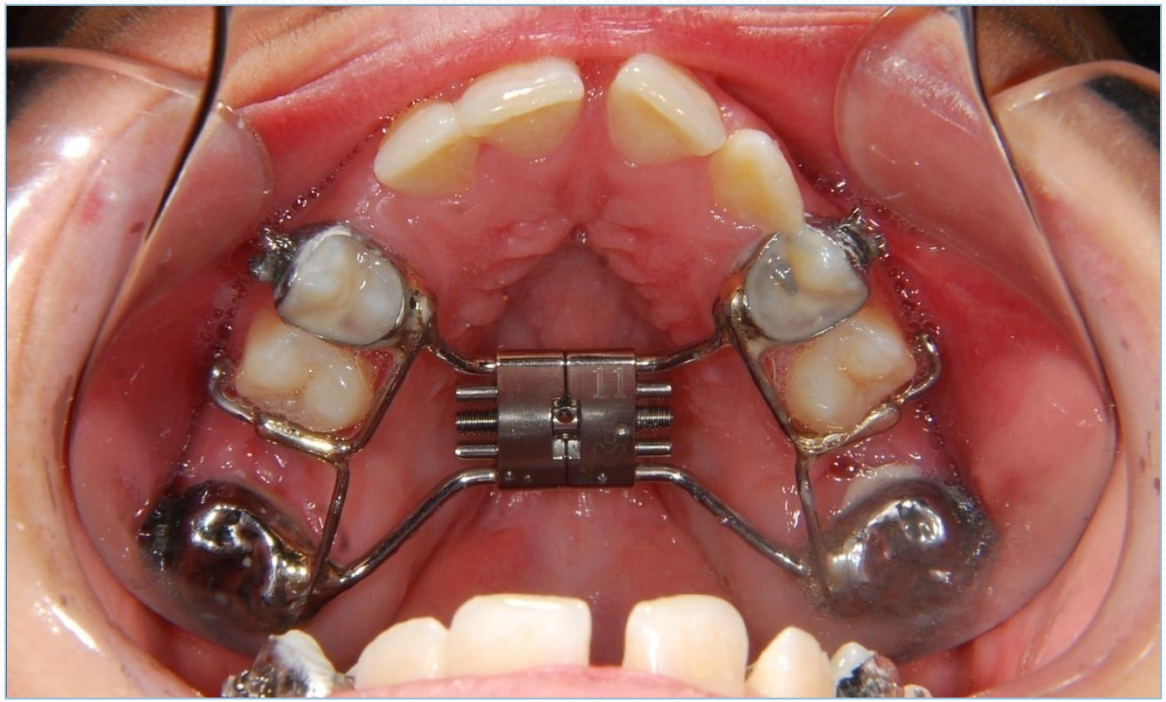
CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS

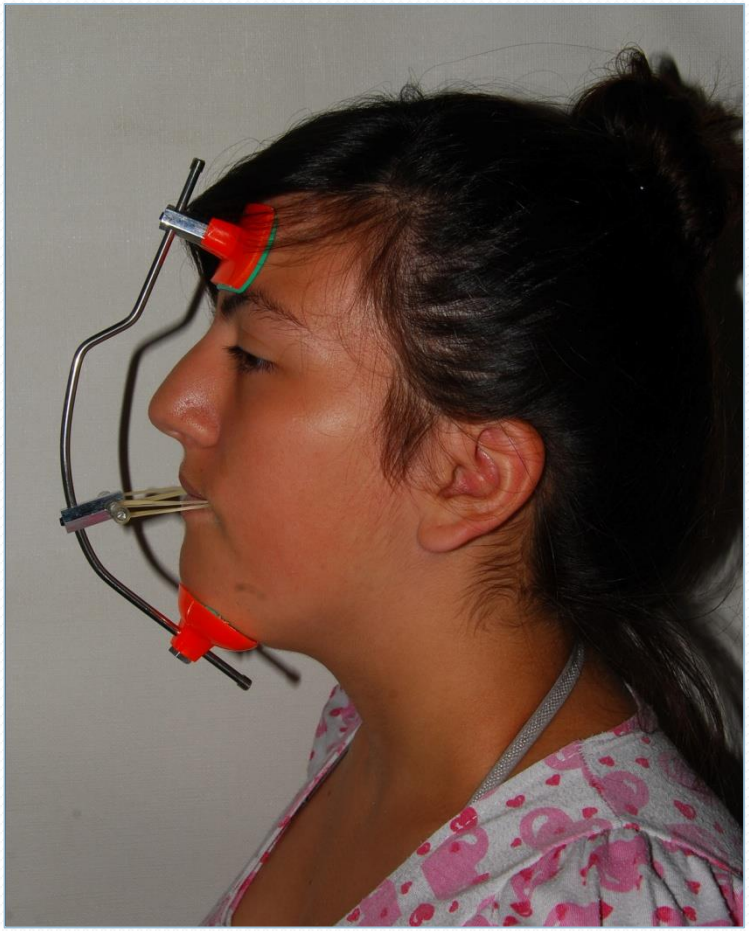
CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS

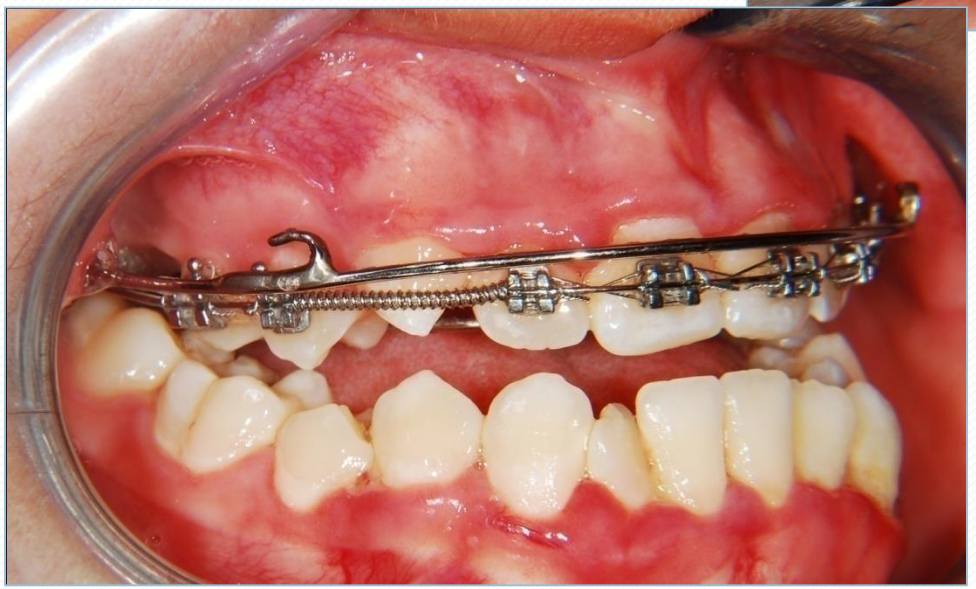


CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS



CASOS CLINICOS



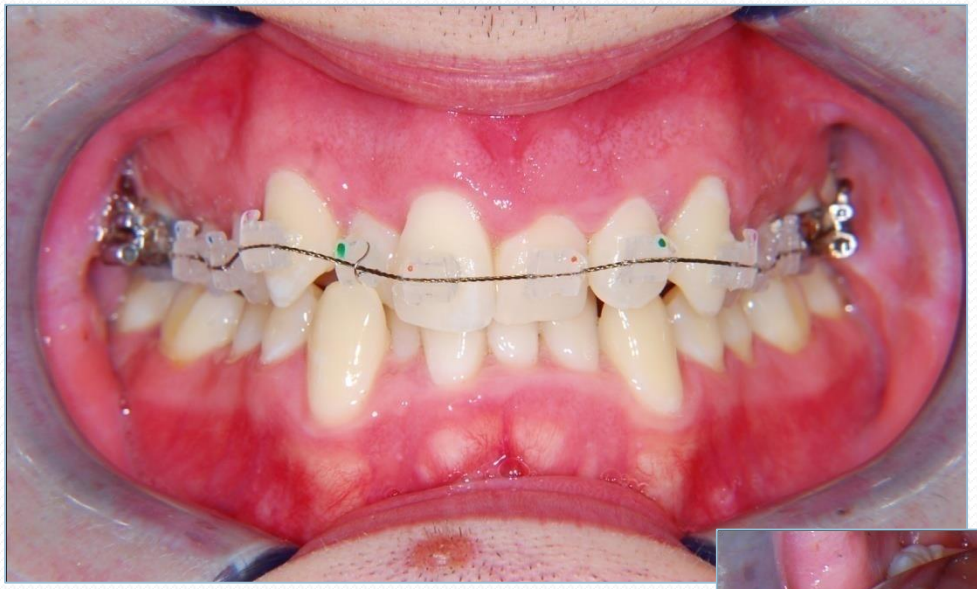
CASOS CLINICOS

8/11/ 11

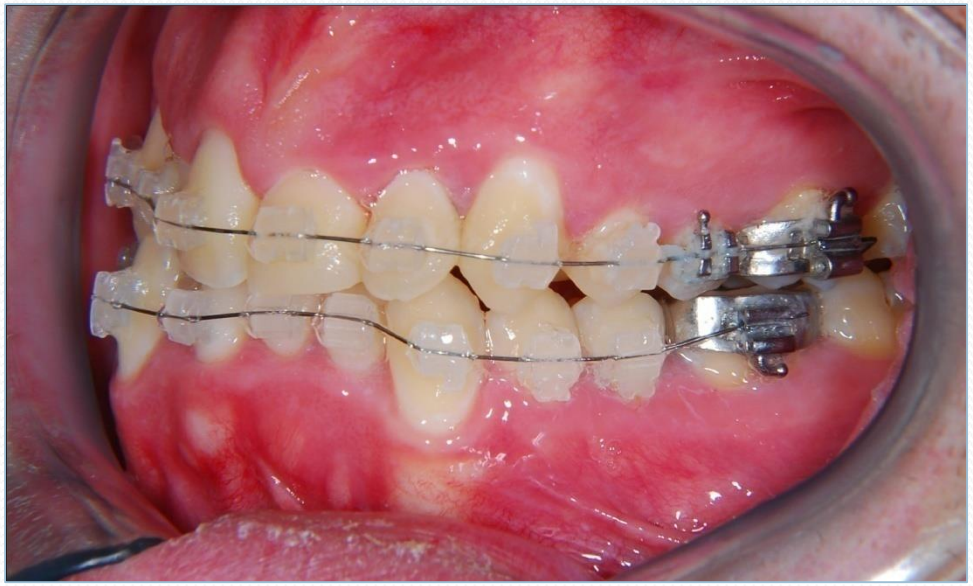
CASOS CLINICOS

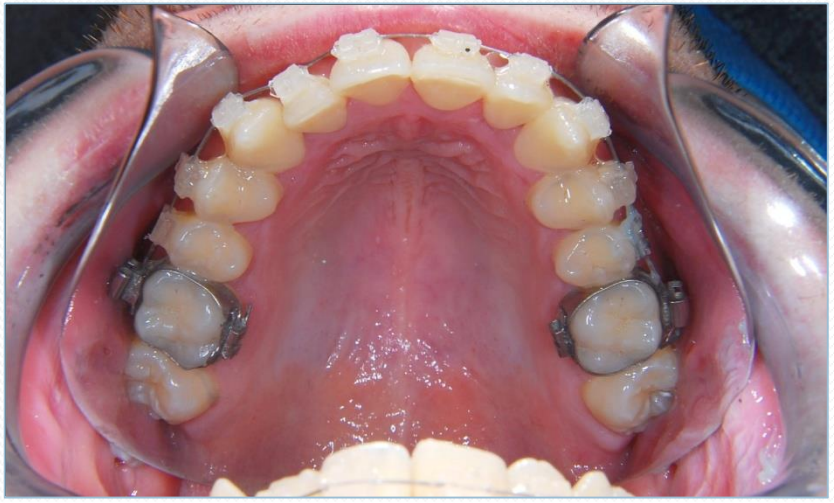
CASOS CLINICOS

CASOS CLINICOS



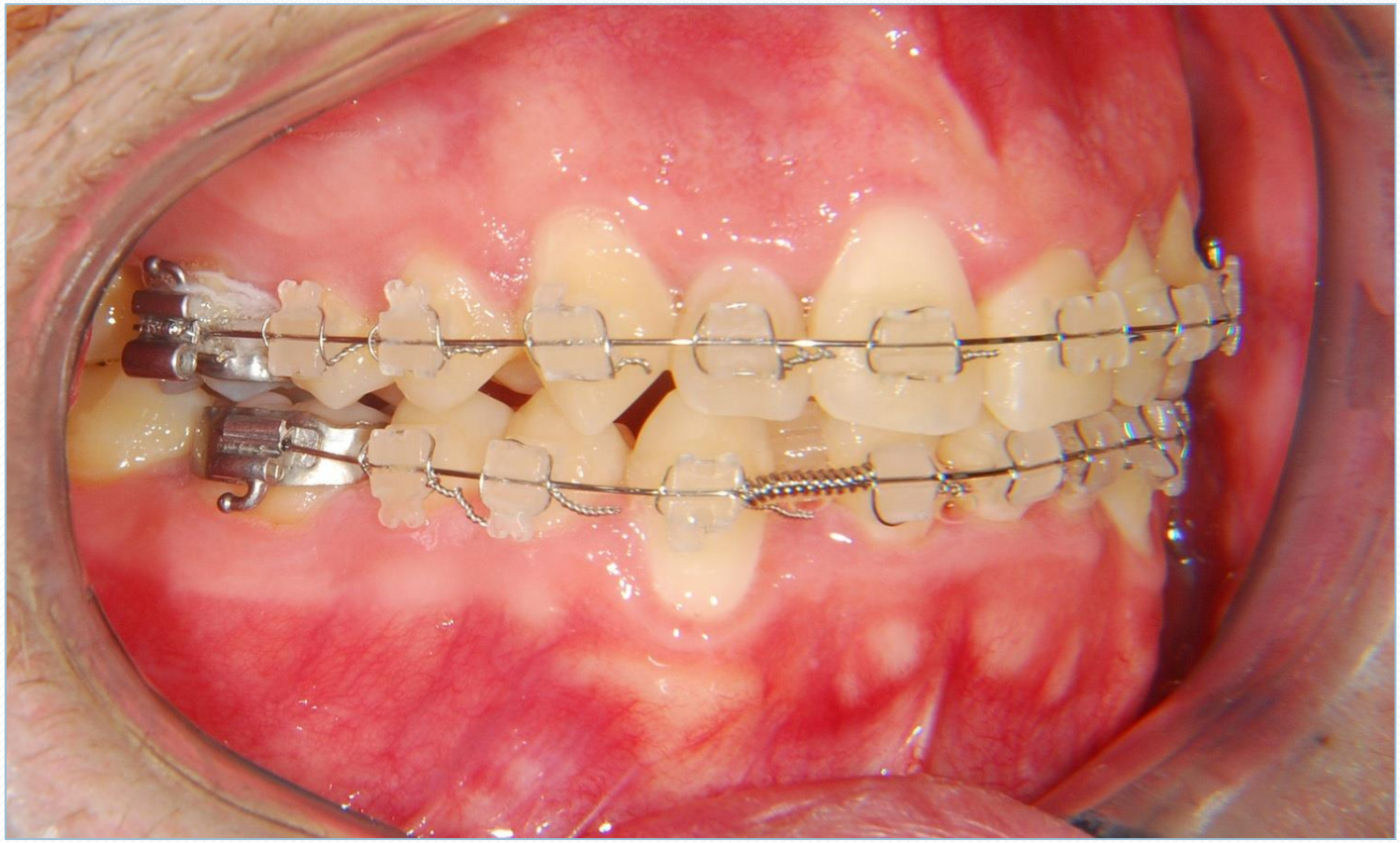
CASOS CLINICOS



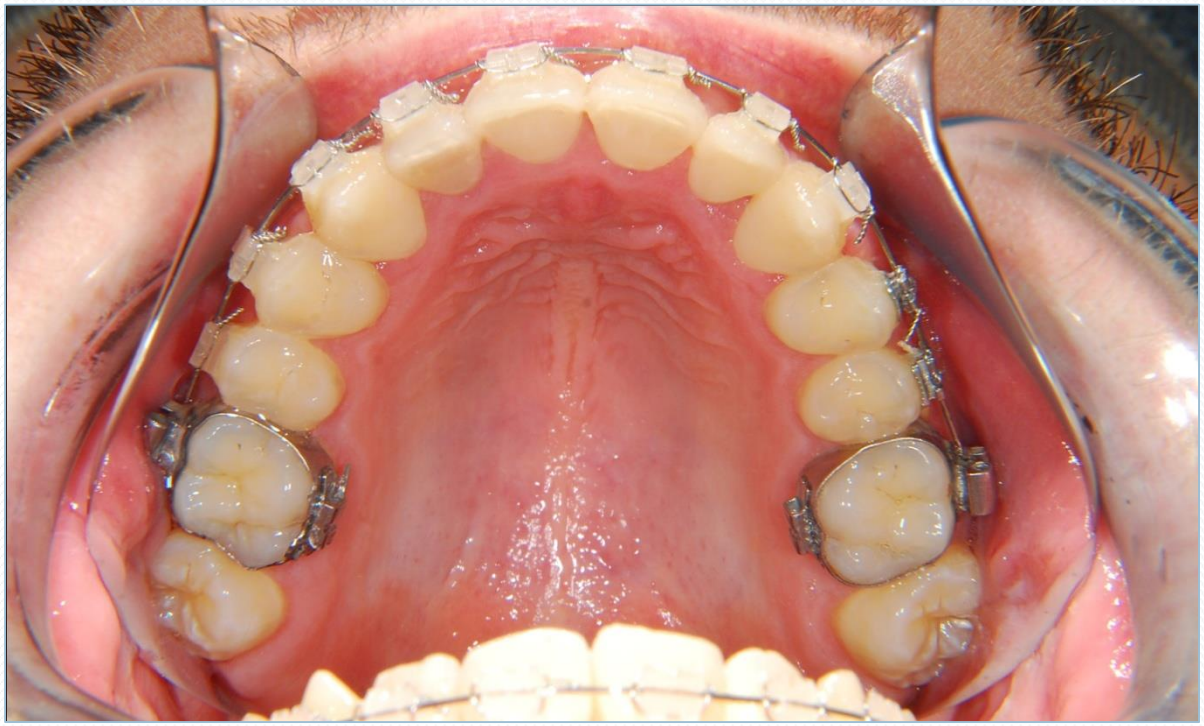


CASOS CLINICOS

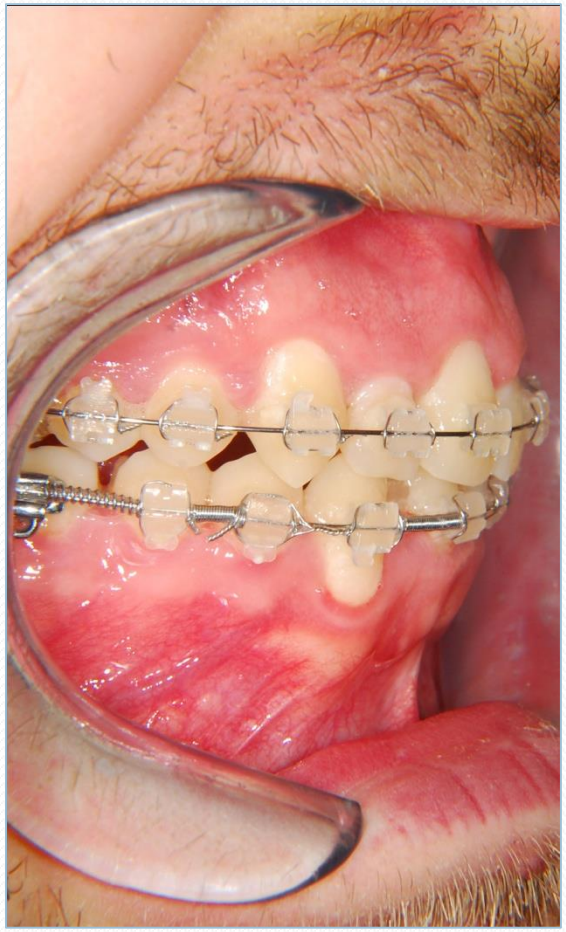
CASOS CLINICOS

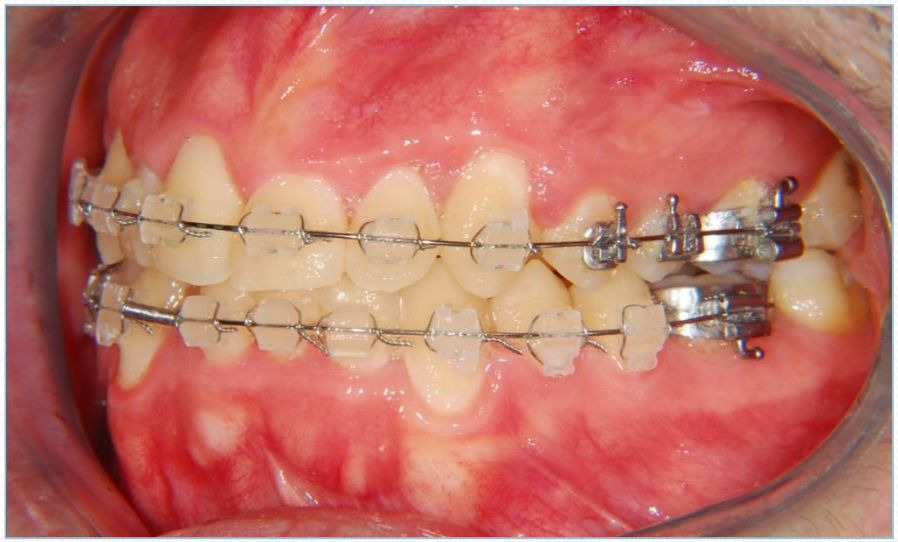


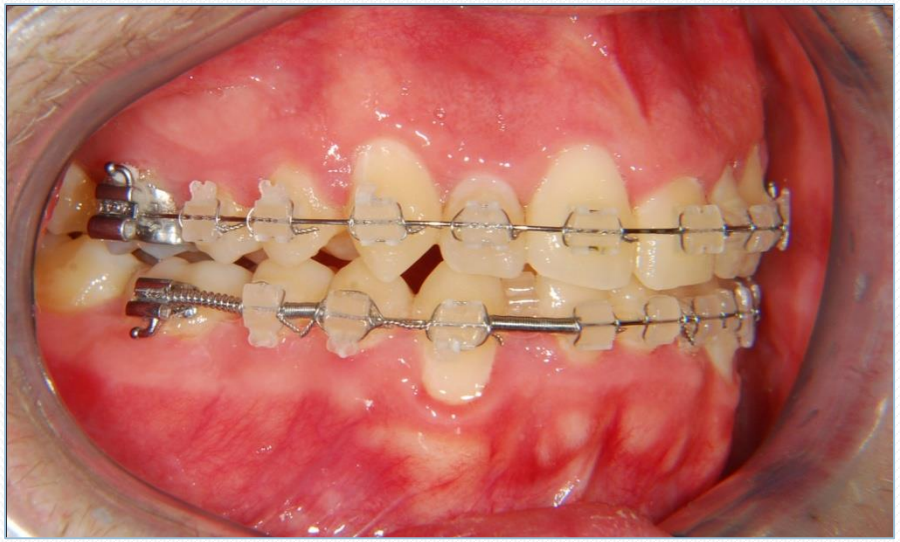
CASOS CLINICOS



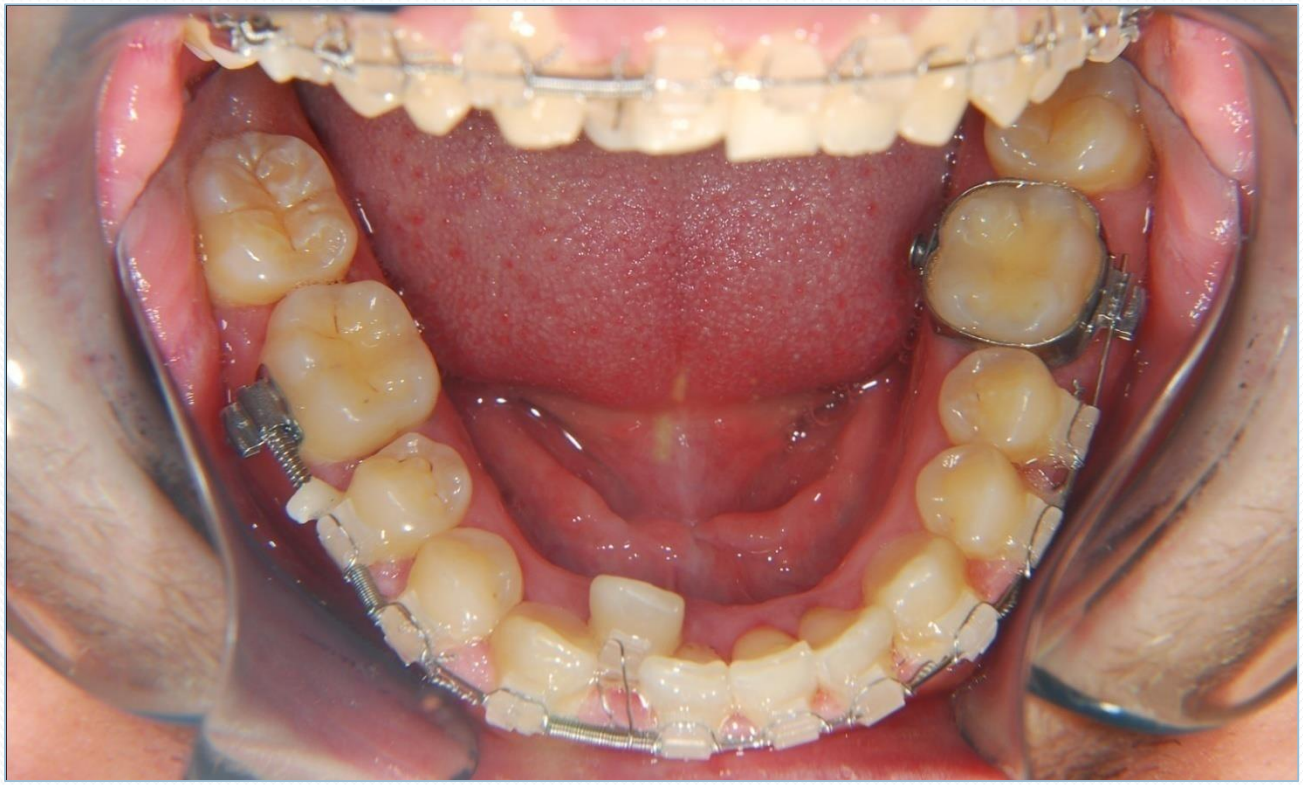
CASOS CLINICOS



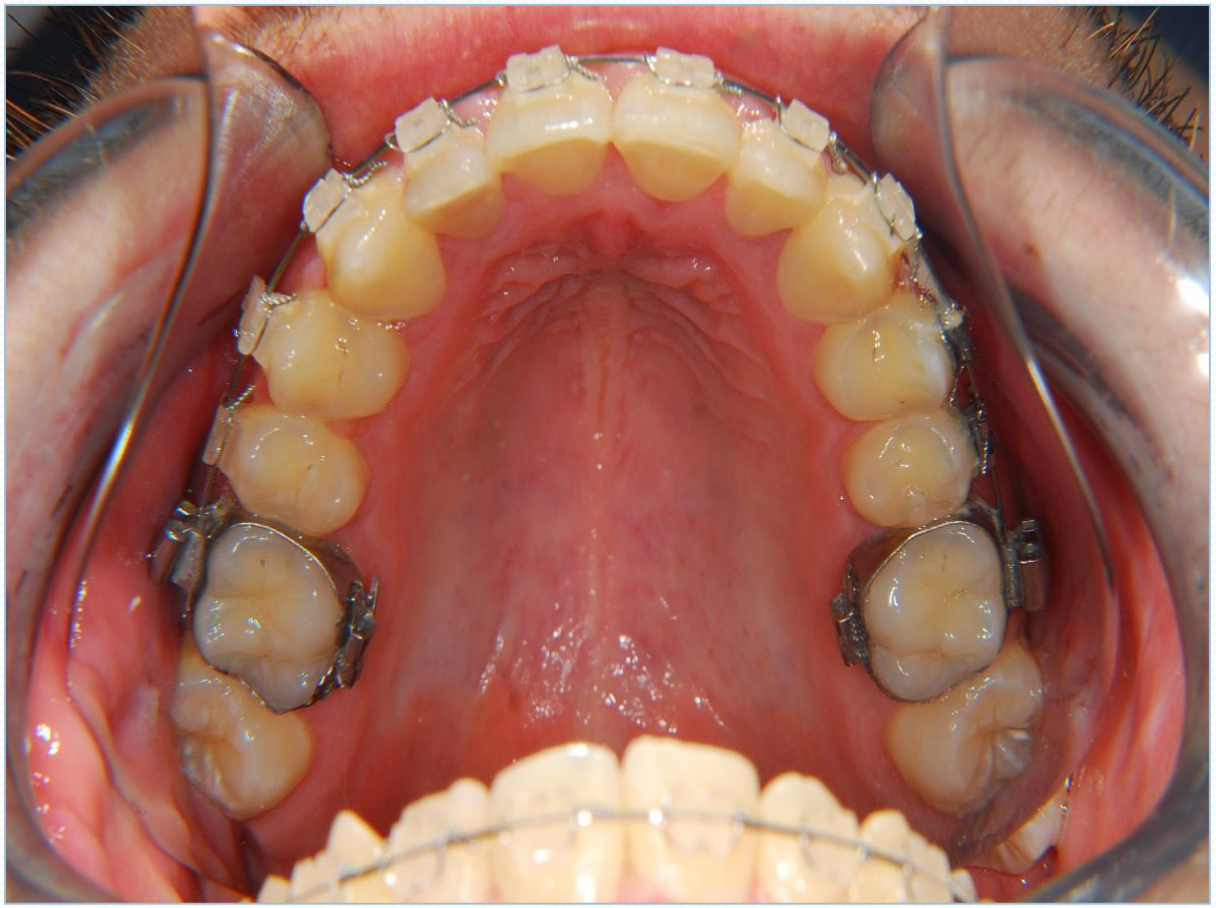




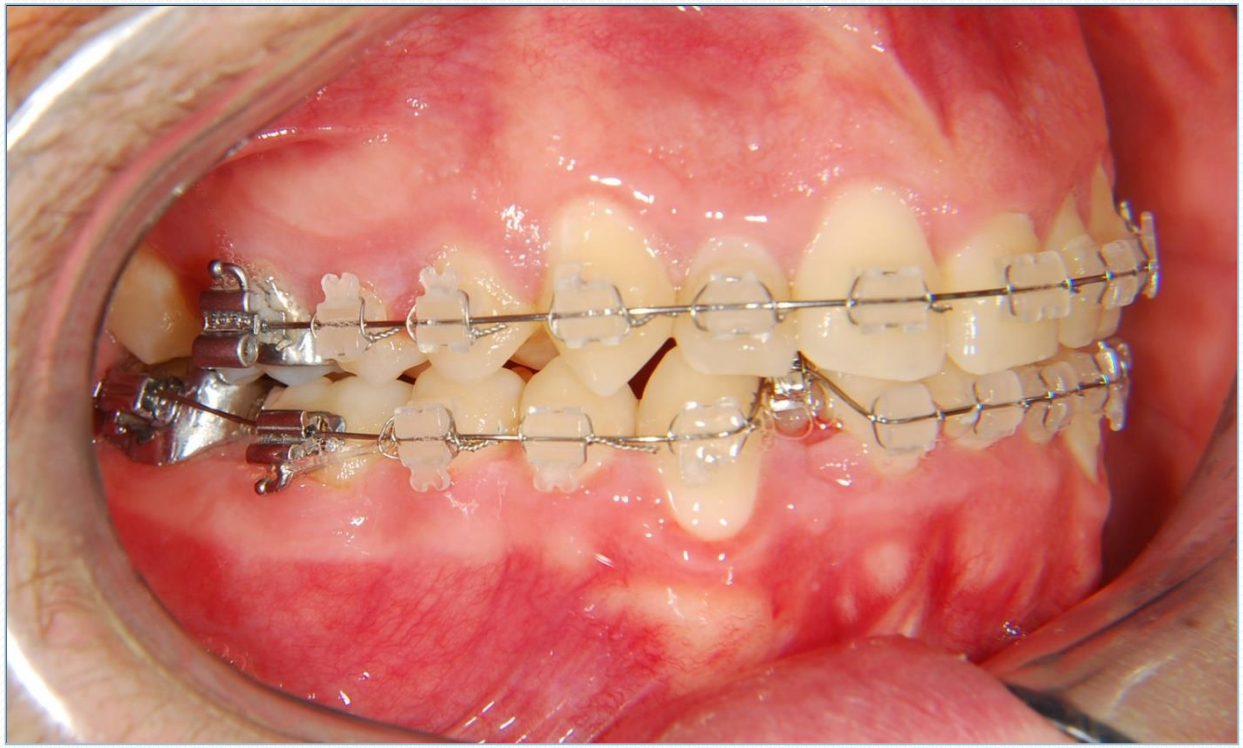
CASOS CLINICOS



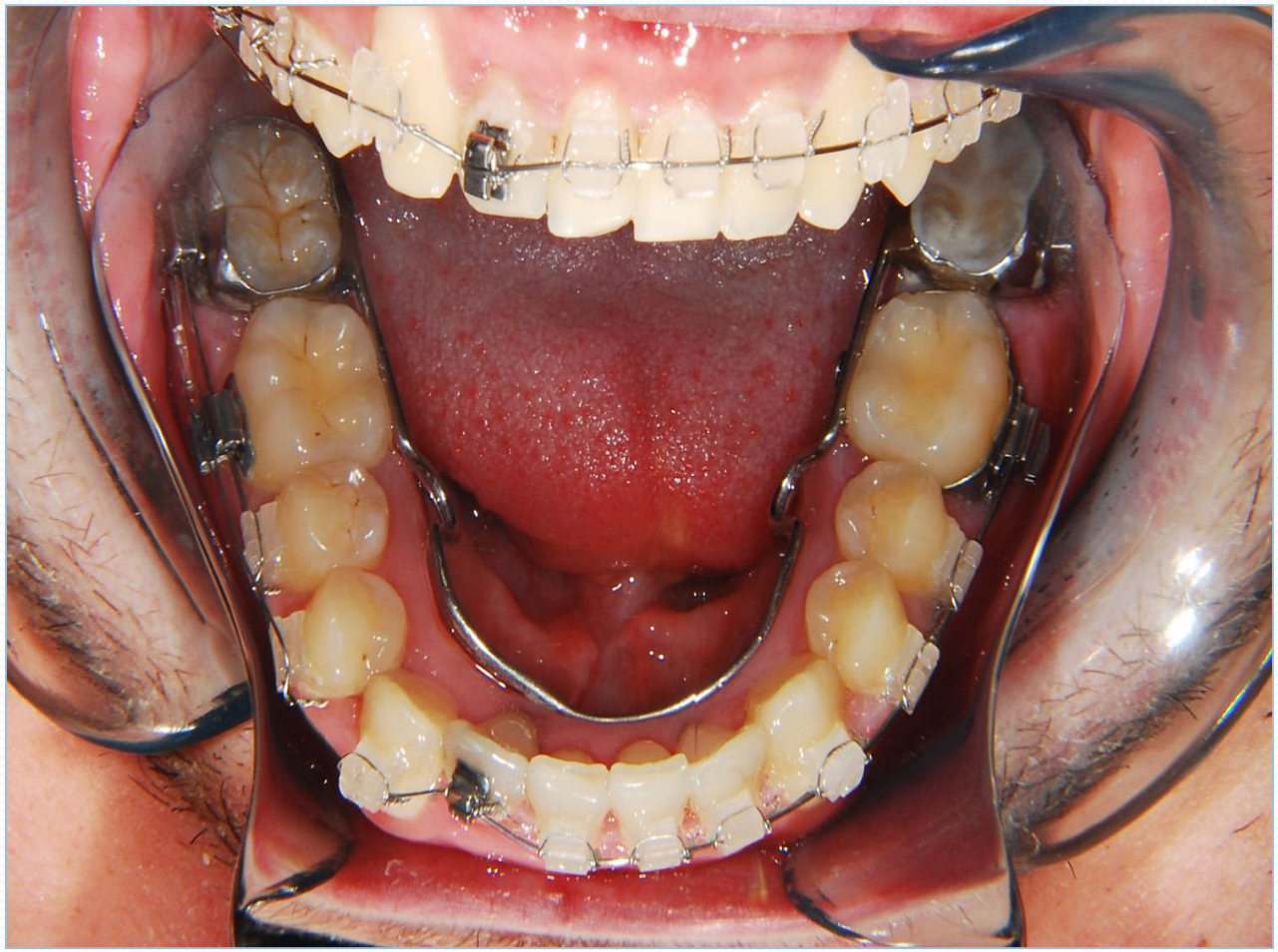
CASOS CLINICOS



CASOS CLINICOS

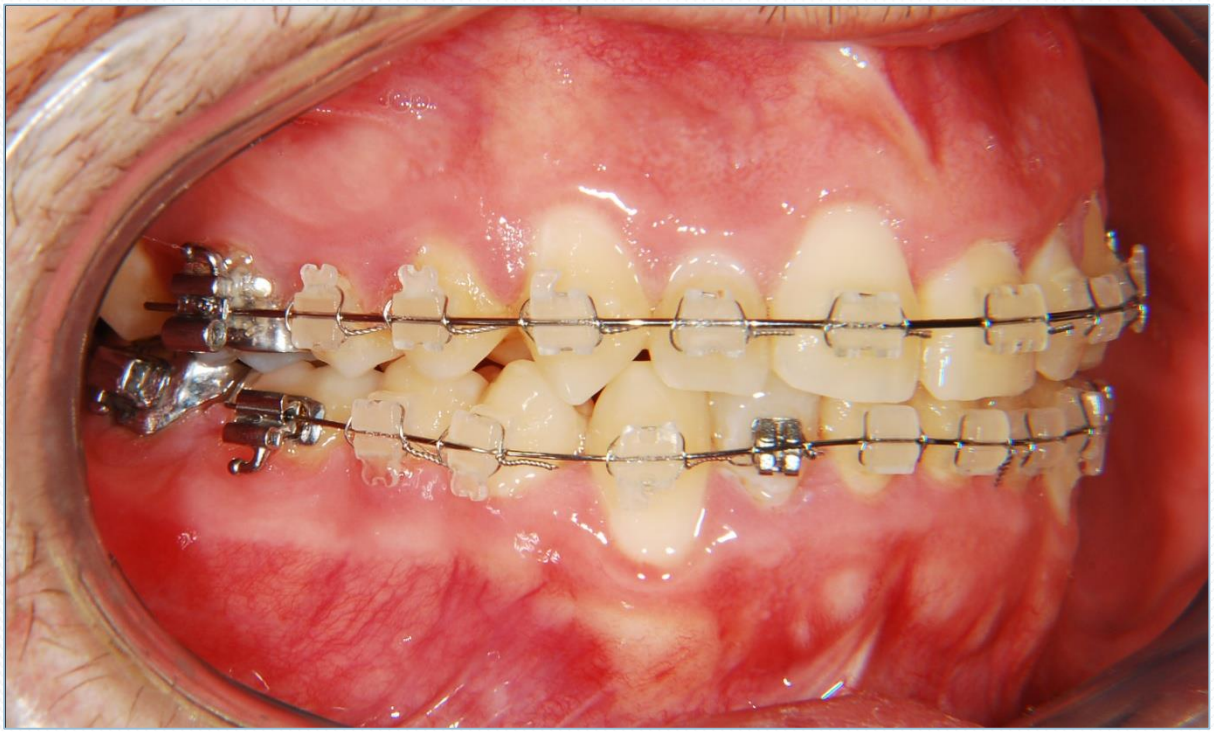


CASOS CLINICOS

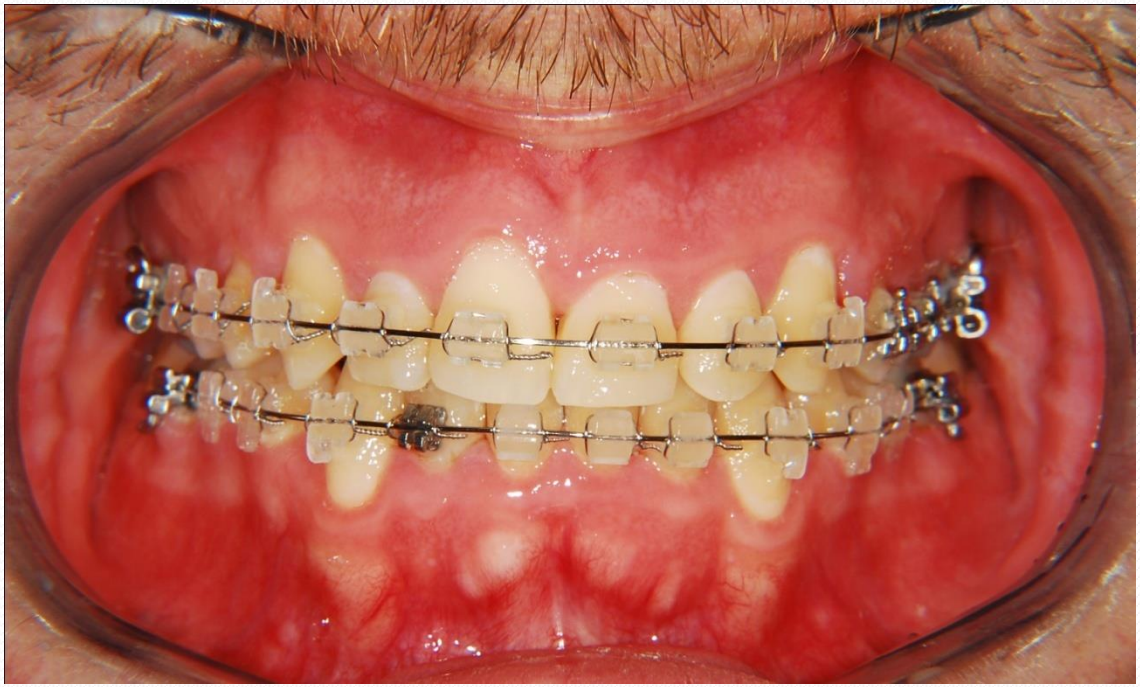


1 año y medio

CASOS CLINICOS

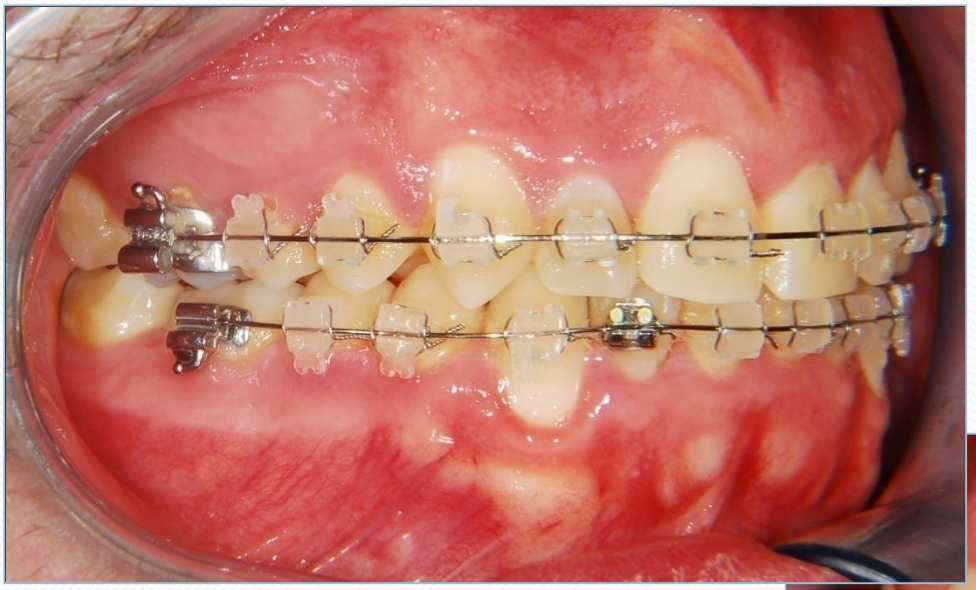


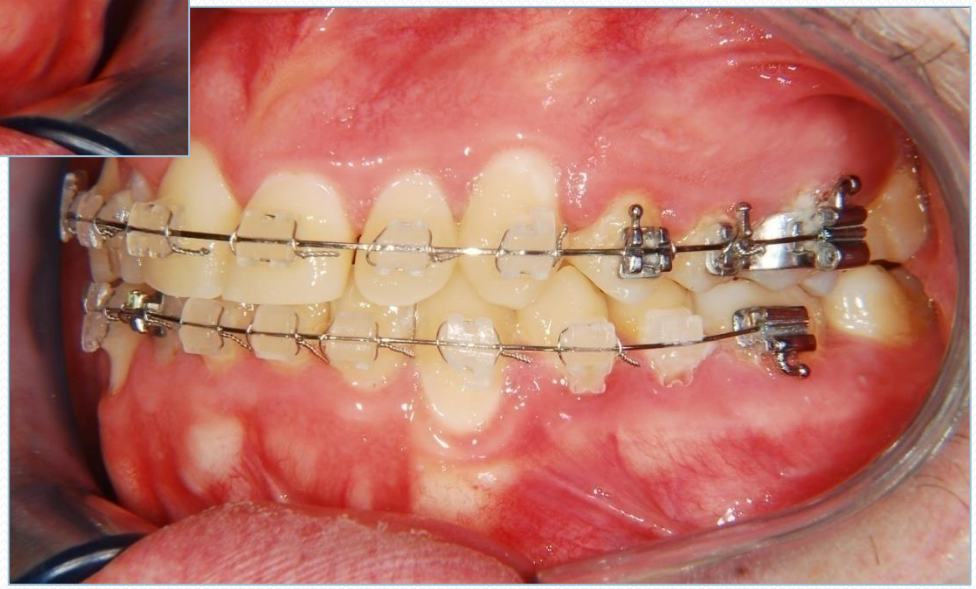
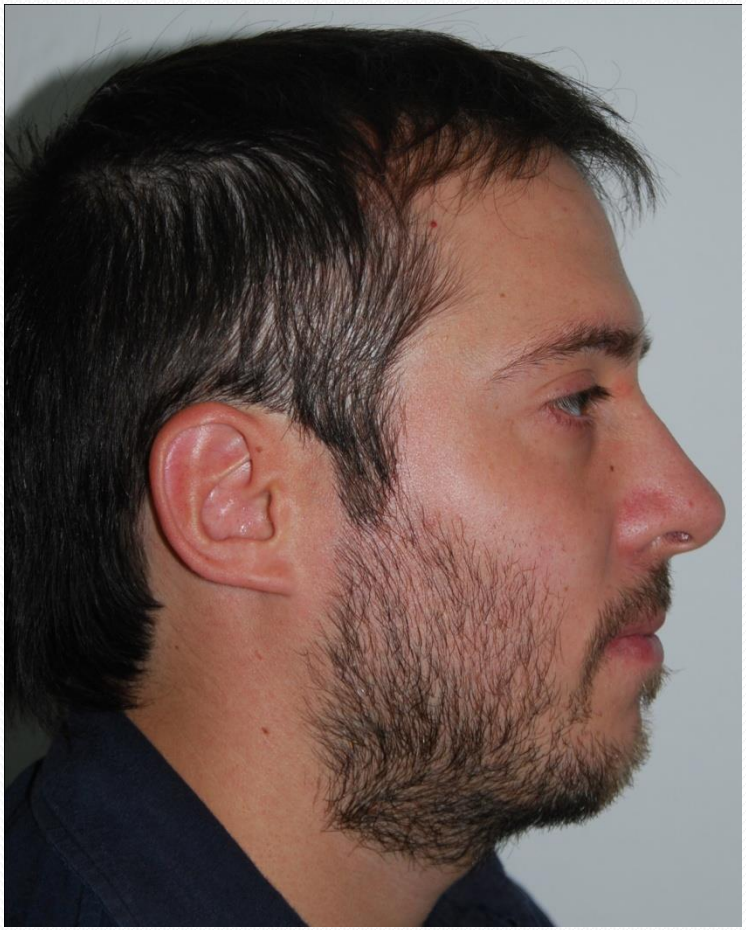
CASOS CLINICOS



Enero
2013

CASOS CLINICOS





CASOS CLINICOS